

PROMOÇÃO DA SAÚDE ENTRE CRIANÇAS DE JARDIM-DE-INFÂNCIA

Isabel Esteves & Zélia Anastácio¹

¹CIEC – Instituto de Educação – Universidade do Minho, Braga, Portugal
(isa.alves.esteves@gmail.com; zeliaf@ie.uminho.pt)

RESUMO

Considerando que os hábitos de saúde se constroem em tenra idade, é perceptível a importância da promoção da saúde no jardim-de-infância. No trabalho que apresentamos desenvolvemos uma investigação-ação com 42 crianças tendo o propósito de trabalhar os conceitos de saúde e higiene de forma lúdica e pedagogicamente adequada para que estes fossem entendíveis e alvo de apropriação por parte das crianças com vista ao alcance de comportamentos saudáveis que influenciarão estilos de vida e saúde futura.

Palavras-chave: promoção da saúde; crianças; jardins-de-infância; investigação-ação;

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

As últimas décadas têm-se caracterizado por mudanças no estilo de vida, nos saberes, nos valores e nas mais diversas atitudes. Na sequência da ânsia de viver, expressada no desejo de levar a cabo projectos e sonhos, vemo-nos envolvidos num ritmo de vida caracterizado por ansiedade e desassossego, onde gerir o tempo se torna uma obrigação difícil. Este contexto retrata o dia-a-dia de inúmeras pessoas, adultos e pais que, absorvidos e preocupados em alcançar uma melhor qualidade de vida para si e para os seus dependentes, se vêem limitados no tocante ao tempo e atenção a dedicar às suas crianças.

Atendendo a estes pressupostos, constatamos a realidade dos dias de hoje: os mais novos permanecem nas creches, jardins-de-infância e escolas, durante muitas horas, tendo sido até introduzido na nossa sociedade o conceito de escola a tempo inteiro. Passando nestes espaços grande parte da infância, as crianças fazem aprendizagens em diversos domínios (Freitas *et al.*, 2000). Assim, aproveitando todo este tempo, as crianças deverão ter a oportunidade de começar a adquirir aí conhecimentos científicos e hábitos sociais, que permitirão enfrentar problemas da vida. Nestes conhecimentos e hábitos, deverão estar presentes os relacionados com a saúde, os quais permitirão atingir um maior nível de saúde em todos os domínios. Desta forma, possibilitar-se-á, a igualdade do direito à saúde entre todas as crianças, independentemente das características das suas famílias e dos respetivos níveis económicos, sociais e culturais.

Deste modo, parece fácil assumir que, face a todos estes propósitos, as creches, jardins-de-infância e escolas deverão ocupar um papel fundamental na educação para a saúde. Assim, entre estes dois campos – a educação e a saúde – aparentemente distintos à primeira vista, compreende-se uma total inter-relação. Reunindo estes dois termos numa mesma expressão – *Educação para a Saúde* – estamos perante um processo com variadas estratégias

que têm como objetivo que os indivíduos e a comunidade se capacitem – *empowerment* – ganhando controlo sobre as decisões/acções que afetam a sua saúde (Delp, Brown & Domenzain, 2005; Shearer & Reed, 2004).

Pretende-se, desta forma, com a Educação para a Saúde proporcionar a escolha de modos de vida adequados e saudáveis, atendendo a que “*grande parte dos problemas de saúde causadores de morte e morbilidade estão relacionados com o estilo de vida, no qual se incluem os comportamentos de saúde*” (Precioso, 2004:18).

No entanto, é óbvio que alterar os comportamentos para atingir um modo de vida adequado interfere com muitos aspectos da vida do ser humano, face à complexidade do seu comportamento. Perante esta realidade, terão de existir actuações ou intervenções em vários contextos ou ambientes (Carvalho & Carvalho, 2006).

Destacamos aqui primeiramente o ambiente familiar, uma vez que, sendo a criança um ser em permanente desenvolvimento, é importante que, desde logo, cresça e se desenvolva rumo a um modo de vida que lhe permita futuramente viver com qualidade.

Assim, acompanhadas pelos pais e família, crescendo, desenvolvendo-se e adaptando-se ao seu mundo familiar, adquirindo conhecimentos, valores e práticas próprias, as crianças, umas mais cedo e outras mais tarde, deparam-se inevitavelmente com um momento de especial e enorme importância: o ingresso num novo ambiente – o meio escolar ou pré-escolar. Tendo estado até aí habituadas a um ambiente mais familiar, as crianças vêm-se perante um todo novo contexto onde se encontram rodeadas de elementos diferentes. Perante este novo mundo, é importante que as crianças tenham um clima de apoio interpessoal que lhes permita alcançar um bem-estar, caminhando para uma aprendizagem activa (Hohmann & Weikart, 2003), alcançando novos conhecimentos, valores e práticas comportamentais.

Neste novo mundo que compreende escolas, jardins-de-infância, infantários, instituições particulares de solidariedade social, as mesmas encontram-se repletas de uma pluralidade de crianças provenientes de famílias de diferentes níveis sociais, o que invoca a indispensabilidade de destacar, num contexto real, a área da Educação para a Saúde. Tal imprescindibilidade surge uma vez que nem todos os pais/encarregados de educação possibilitam as melhores ou mais eficazes condições de saúde aos seus educandos, pelo que a educação escolar/pré-escolar deve, desde logo, ser complementar da acção educativa da família.

Intensifica-se assim, de acordo com Precioso (2004:17), a forma de encarar a escola como “*um dos locais privilegiados para fazer Educação para a Saúde*”. Este autor justifica a sua afirmação com base em diversos motivos também já apontados pela literatura: em primeiro lugar, o facto de todas as crianças, mais tarde ou mais cedo, frequentarem o sistema de ensino possibilita que a Educação para a Saúde atinja um elevado número de crianças (Nebot, 1999); em segundo lugar, porque vários estudos comprovam que as raízes do comportamento humano se situam na infância e na adolescência (Lima, 1995), altura em que as crianças e jovens estão mais recetivos a adquirirem conhecimentos e hábitos saudáveis; em terceiro e último lugar, a Educação para a Saúde nas Escolas aparece facilitada pela participação de profissionais preparados para educar (Nebot, 1999).

Como tal, “*a escola deve ser usada como uma das plataformas para a promoção da saúde, da qualidade de vida e da prevenção da doença em crianças e adolescentes, envolvendo famílias e comunidades*” (OMS, Declaração de Liverpool, 2005:2).

Tudo isto vai igualmente ao encontro da aplicabilidade que se aspira atingir com esta temática no âmbito da primeira infância, envolvendo toda a educação pré-escolar, onde se procura favorecer a formação e o desenvolvimento equilibrado da criança. Para tal, é essencial que o Jardim-de-Infância privilegie a Educação para a Saúde, contribuindo desde cedo para que as crianças entendam a importância de estar e manter-se saudável (Wiley & Hendricks, 1998; Geiger, 1999; Sigampa *et al.*, 2005; Bagby & Adams, 2007; Domitrovich *et al.*, 2007).

Para o conseguir, “*na Educação de Infância, (...) são valorizadas e incentivadas as actividades e/ou projectos que promovem a saúde*” (Gil & Diniz, 2008:2). Estas actividades são, por norma, detentoras de um carácter lúdico e criativo que favorecem a aquisição de um conjunto de aprendizagens para que as crianças adoptem práticas saudáveis (Gil & Diniz, 2009).

É fundamental inserir neste ponto, o conceito de higiene, visto esta ser essencial para a saúde individual e colectiva das crianças em qualquer contexto de vida.

Contextualizando, o dia-a-dia da realidade pré-escolar compreende inevitavelmente uma rotina, alternando momentos de actividade com momentos de transição, o que ajuda a criança a sentir-se segura e integrada (Hohmann & Weikart, 2003). A rotina privilegia as actividades de carácter flexível, mas também inúmeros momentos que se relacionam com a saúde e higiene das crianças. Consegue-se desta forma, que a criança tenha oportunidade de cuidar da sua higiene e saúde (DGS, 2005), criando hábitos/bases diárias que assimiladas desde cedo serão mais facilmente preservadas durante a vida.

No seguimento desta ideia, torna-se óbvio que um hábito a criar será a preservação de uma boa higiene, sendo esta entendida como um conjunto de meios para atingir o equilíbrio na saúde (Costa, 1995).

Realça-se a importância de uma limpeza e um cuidado corporal equilibrado, atendendo a que o indivíduo é um ser vivo e, como tal, está constantemente a efectuar trocas com o meio, precisando, portanto, de determinadas “atenções”, para manter o corpo limpo e arranjado, de modo a contribuir para o bem-estar. Este deverá derivar da resposta a vários níveis de higiene – corporal, buco-dentária e vestuário.

A um nível corporal recomenda-se o uso quotidiano do duche para alcançar a limpeza de toda a pele, órgão externo que funciona como uma barreira natural. Desaconselha-se a água muito quente, privilegiando-se até a alternância entre a água quente e fria, permitindo um efeito estimulante geral do organismo. O rosto deve igualmente ser lavado diariamente, juntamente com os olhos e ouvidos, com recurso a produtos adequados. Por sua vez, as mãos devem ser lavadas diversas vezes ao dia com uma secagem cuidadosa. Este é um dos hábitos principais a criar nas crianças, obrigatoriamente antes e depois das refeições, antes e depois do uso da casa de banho e em qualquer outra circunstância em que as mãos estejam sujas. Também os pés devem ser cuidados com lavagem diária, adotando como calçado sapatos de material e tamanho adequado. O cabelo deve ser lavado com regularidade, atendendo às suas características de modo a remover eficazmente a sujidade e óleos. Há que prestar atenção a

um correcto enxaguamento. Em relação às unhas, outro item particular da higiene, estas devem ser cortadas periodicamente e devem ser limpas sempre que apresentem sujidade (Pontanel & Giudicelli, 1995).

No âmbito da higiene buco-dentária, evidencia-se a necessidade de uma alimentação saudável, de uma higiene oral eficiente e de consultas regulares ao dentista (Ibid).

Em relação ao vestuário, este, detendo uma função de protecção para o Homem, deve encontrar-se apropriado ao clima e ao corpo de cada indivíduo, permitindo a circulação e a respiração do próprio organismo (Pontanel & Giudicelli, 1995).

Todos estes aspectos da higiene se revestem de particular importância para a saúde, havendo necessidade de as crianças os terem presentes desde cedo no seu quotidiano. Explorar estes assuntos no contexto de jardim-de-infância, possibilita e/ou reforça que as crianças contactem com estas práticas comportamentais, que se transformarão com facilidade em hábitos que poderão prevalecer ao longo de toda a vida, contribuindo para um desenvolvimento harmonioso e uma vida plena e saudável.

Para o presente trabalho definiram-se os seguintes objetivos:

- aferir conhecimentos, valores e atitudes sobre saúde e higiene;
- aplicar um programa de intervenção pedagógico com sessões estruturadas para as áreas da saúde e da higiene;
- avaliar os resultados da ação pedagógica por meio de um questionário utilizado como pré-teste e como pós-teste.

METODOLOGIA

Perante estes objetivos, debruçamo-nos sobre a **investigação-ação**, adotando-a, uma vez que esta revelou ser a metodologia mais adequada à situação contextual deste trabalho, já que é definida “*como o estudo de uma situação social no sentido de melhorar a qualidade da acção que nela decorre*” (Elliott, 1991:69), aspecto ambicionado no contexto educativo em que nos propúnhamos intervir.

O tipo de estudo implementado foi o estudo de caso, considerando-se o adequado uma vez que há a pretensão de incidir num contexto próprio e uma vez que a investigação-ação normalmente trabalha com estudos de caso (Cohen et al. 2007). Como tal, a amostra em que o estudo incidiu é uma amostra de conveniência, na medida em que foi selecionada intencionalmente por nos ser bastante próxima. Considera-se também uma amostra **não-probabilística**, por ter sido escolhida “*de acordo com um ou mais critérios julgados importantes pelo investigador tendo em conta os objetivos do trabalho de investigação que está a realizar*” (Carmo & Ferreira, 2008:210).

Assim, a amostra deste estudo foi constituída por 42 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, que frequentavam dois jardins-de-infância.

Como instrumento de recolha de dados, destaca-se o uso de um questionário misto, compostos por questões fechadas e questões abertas apresentadas por escrito, o qual tem como principal objetivo uma avaliação sumária de concepções, valores e atitudes das pessoas a quem se aplicam (Sousa, 2005). Atendendo à faixa etária a que se destinou, podemos ainda

denominar este questionário como indireto, uma vez que foi aplicado pela investigadora individualmente a cada criança. Adotando a designação de Cohen *et al.* (2007), estes podem ser designados como uma espécie de *questionários-entrevista*, considerados extremamente úteis quando os indivíduos questionados apresentam problemas em ler ou escrever, como era o caso.

O questionário, após a sua redação e antes da sua efetiva aplicação, foi testado, averiguando a sua validade e precisão, por meio da administração preliminar a um número reduzido de crianças – 6 – com características idênticas às da amostra. Constituiu um indispensável instrumento, por ser usado em dois momentos – como pré-teste (fase de diagnóstico), antes do programa de intervenção pedagógico (ação) e como pós-teste (fase de avaliação), após o respectivo programa – para aferir e avaliar conhecimentos, valores e atitudes das crianças em relação à temática da saúde e higiene, assim como para inferir acerca de possíveis mudanças conceptuais.

Ao conjunto de dados obtidos nos dois momentos, aplicou-se o Teste T, para amostras emparelhadas, permitindo avaliar a evolução entre os dois momentos e inferir sobre a sua significância.

Tendo adoptado a metodologia investigação-ação e este instrumento de investigação, compreende-se a necessidade do Programa de Intervenção Pedagógica, caracterizado como intencional e lúdico, para atingir as mudanças pretendidas.

Genericamente, o programa foi constituído por sessões, que privilegiaram as áreas de conteúdo presentes nas Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar (ME, 1997), atendendo à transversalidade da área que se pretendia trabalhar: a educação para a saúde. As sessões, num total de 5, pretenderam de uma forma geral, promover a aquisição e/ou melhoria de conhecimentos, valores e atitudes das crianças sobre a saúde e higiene.

RESULTADOS

Com a metodologia eleita e o recurso aos questionários alcançámos resultados que denotam alterações significativas nos conhecimentos, valores e atitudes das crianças na área temática em que este projeto de intervenção incidiu.

Debruçando-nos sobre a descrição do *conceito de saúde* por parte das crianças, nos resultados do Pré-Teste (Figura 1) salienta-se a ausência de respostas (64,3% das crianças). Seguidamente emergem as respostas que relacionam o conceito de saúde com **“alimentação”** com 21,4%, sendo exemplos de respostas das crianças *“são os alimentos que temos de comer”*; *“são as frutas”*; *“é comer de tudo”*. Também referiram aspetos relacionados com o **“corpo”** (7,1%) surgindo respostas como *“é o coração para viver”*; *“é o sangue que está no corpo”*, entre outras.

As crianças deram ainda respostas relacionadas com **“descanso”** (2,4%) – *“é ficar na cama, a dormir”* – conjugando **“alimentação e exercício físico”** (2,4%) – *“é comer alimentos, beber, correr e brincar”* – e reportando-se ao **“ambiente envolvente”** (2,4%) – *“é a minha casa”*.

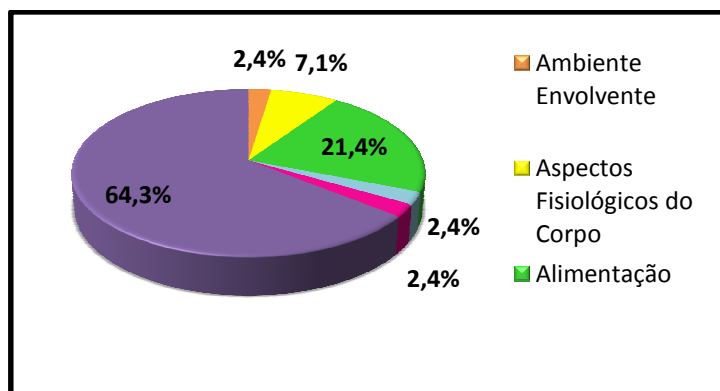


Figura 1 – Descrição do Conceito “Saúde” – Pré-Teste

Nos resultados do Pós-Teste, notou-se que o número de respostas aumentou significativamente, destacando-se 40,5% de respostas focando aspetos relacionados com **“alimentação e higiene”** e 16,7% referindo-se apenas à **“alimentação”**. Associando aspetos relativos a **“alimentação, higiene e brincar”** registou-se um valor de 9,5%. Embora menos frequentemente, as crianças também referiram nesta questão aspetos ligados ao **“corpo”**, ao **“exercício físico”** e ao **“descanso”** (Figura 2).

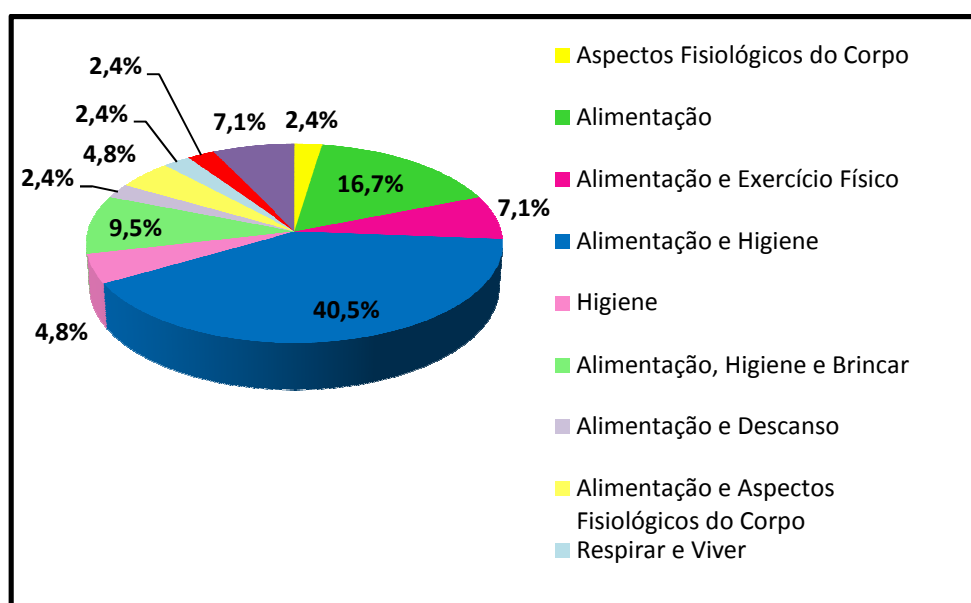


Figura 2 – Descrição do Conceito “Saúde” – Pós-Teste

Comparando os resultados do Pré-Teste e com os do Pós-Teste as diferenças revelaram-se significativas ($p < 0,0001$; $gl=14$; $t=-5,194$).

Quanto ao *conceito de higiene*, nos resultados do Pré-Teste voltou a evidenciar-se a grande ausência de respostas (71,4%). Destacou-se seguidamente a resposta **“papel higiénico”** (19%) e registaram-se ainda algumas respostas menos frequentes, focando itens como **“alimentação”** e **“elementos de higiene para o corpo”**. Apenas uma criança (2,4%) referiu **“actos de higiene”** (Figura 3).

No Pós-Teste, além de se ter atingido os 100% de respostas, estas apresentaram-se já mais direccionadas para o conceito de higiene, mencionando a grande maioria das crianças (97,6%) **“actos de higiene diversos”**, de que são exemplos *“lavar as mãos”*; *“lavar o*

corpo”; “*lavar o cabelo*”; “*lavar os dentes*”; “*lavar os pés*”; “*tomar banho*”, Apenas uma criança afirmou que a higiene “**é estarmos limpos**” (Figura 4).

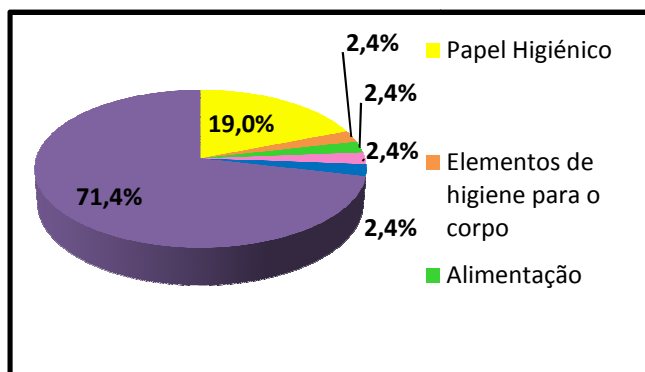


Figura 3 – Descrição do Conceito “Higiene” – Pré-Teste

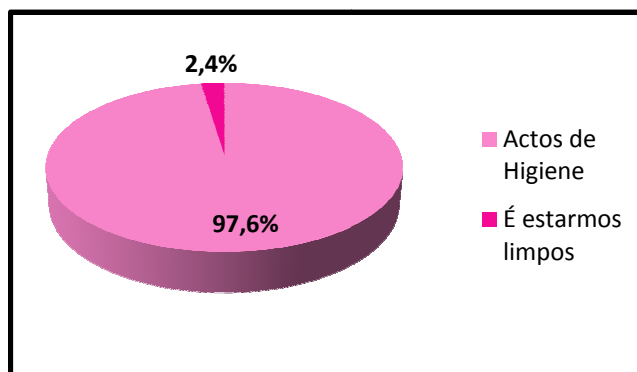


Figura 4 – Descrição do Conceito “Higiene” – Pós-Teste

Embora as figuras o ilustrem, ao aplicarmos o Teste T constatámos que as diferenças estabelecidas para o conceito de higiene foram significativas ($p < 0,0001$; $gl=11$; $t=-5,348$).

Prosseguindo para a *importância da higiene*, nos resultados do Pré-Teste (Figura 5) voltou a salientar-se a grande ausência de respostas (76,2%), ao que acresceu uma percentagem de 7,1% com a resposta “*Não sei*”. Somente 11,9% das crianças afirmaram que a higiene é importante “*para não ficar doente*”, uma criança respondeu “*Porque sim*” (2,4%) e outra “*Para crescer*” (2,4%).

Por sua vez, no Pós-Teste (Figura 6), a atenção recai imediatamente sobre a diminuição da ausência de resposta, que passa de 76,2% para 7,1%. A maioria das crianças (61,9%) considerou a higiene importante “**para ficar limpo**”, enquanto 31% referiram a sua importância “**para não ficarem doentes**”.

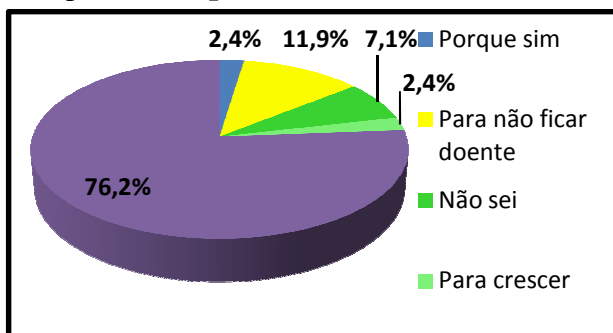


Figura 5 – Importância da Higiene – Pré-Teste

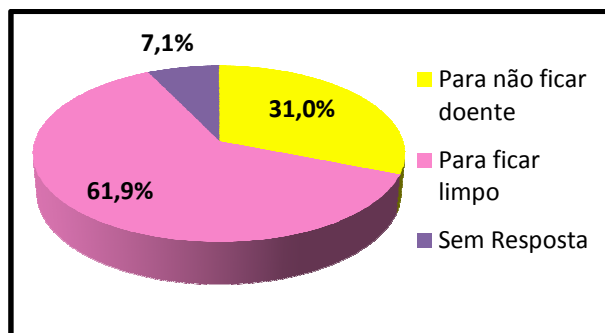


Figura 6 – Importância da Higiene – Pós-Teste

As alterações verificadas nesta questão foram significativas ($p=0,002$; $gl=8$; $t=-4,500$).

Atendendo ao comportamento de “*tomar banho*”, mais precisamente à frequência e ao momento deste ato de higiene, nas respostas ao Pré-Teste (figura 7) destacou-se 42,9% para a resposta “**uns dias à noite**” e 35,7% para “**todos os dias à noite**”. Com valores bem inferiores aparecem-nos as respostas “**uns dias à noite e uns dias de manhã**” (9,5%) e “**uns dias de manhã**” (7,1%). Apenas uma criança afirmou tomar banho “**todos os dias de manhã**” (2,4%) e uma outra não respondeu a esta questão.

Explorando os dados do Pós-Teste (figura 8), constatamos um aumento de 35,7% para 50% para a resposta “**todos os dias à noite**” e de 2,4% para 11,9% para “**todos os dias de**

manhã". Contrariamente, notou-se uma diminuição na resposta **"uns dias à noite"** de 42,9% para 35,7% e na resposta **"uns dias de manhã"** que passou de 7,1% para 2,4%. Estas diferenças entre os dois momentos também foram estatisticamente significativas ($p=0,012$; $gl=40$; $t=2,619$).

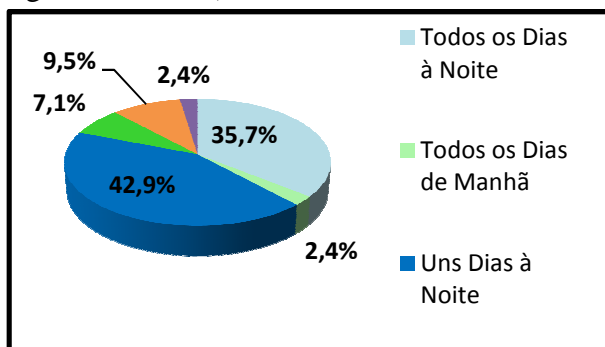


Figura 7 – Comportamento Tomar Banho – Pré-Teste

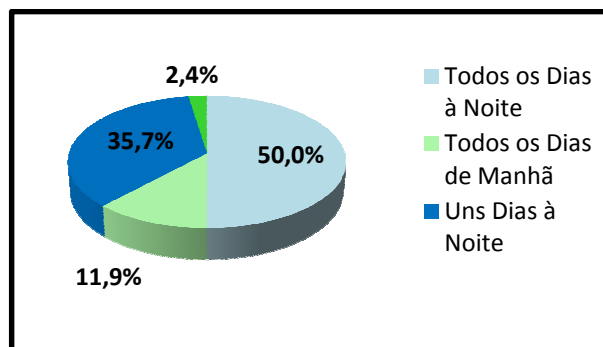


Figura 8 – Comportamento Tomar Banho – Pós-Teste

Focando um outro comportamento - *"lavar as mãos"* -, ao analisar as respostas das crianças quando questionadas se lavavam as mãos muitas vezes por dia, verificámos o destaque da resposta **"SIM"** com 90,5% no Pré-Teste (Figura 9) e seguidamente 100% no Pós-Teste (Figura 10). Consequentemente, as respostas **"NÃO"** (7,1%) e **"Não Sei"** (2,4%) do Pré-Teste passaram para valor zero no Pós-Teste.

Ao aplicar o Teste T verificamos que os resultados, embora ultrapassem o nível de significância definido ($p < 0,050$), estão ainda bastante próximos do mesmo ($p=0,058$; $gl=41$; $t=1,952$), pelo que as mudanças respeitantes a este comportamento também são de considerar.

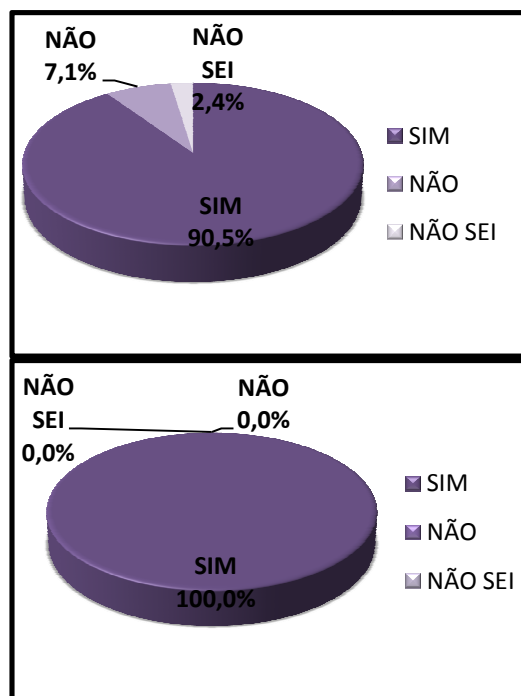


Figura 9 – Comportamento Lavar as Mãos Muitas Vezes – Pré-Teste

Figura 10 – Comportamento Lavar as Mãos Muitas Vezes – Pós-Teste

Os *momentos* em que as crianças praticam esta acção foram igualmente alvo de análise. Destacaram-se dois momentos: **"antes de comer"** e **"depois de ir à casa de banho"**.

Em relação ao momento **“antes de comer”**, no Pré-Teste defrontamo-nos com uma maioria de crianças (88,1%) a declararem lavar as mãos nesse momento, assinalando a resposta **“SIM”**, com uma menor percentagem (9,5%) assinalando a resposta **“NÃO”** e com um mínimo de 2,4% sem resposta. Estes dois últimos valores anularam-se no Pós-Teste, alcançando a resposta **“SIM”** o máximo de 100%. Os gráficos das figuras 11 e 12 reflectem estes dados.

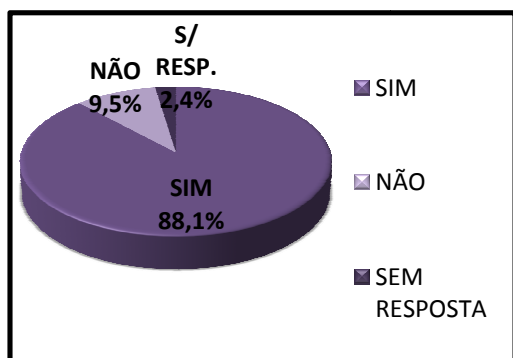


Figura 11 – Comportamento Lavar as Mãos Antes de Comer – Pré-Teste

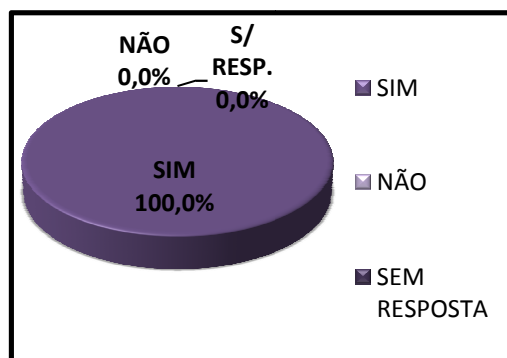


Figura 12 – Comportamento Lavar as Mãos Antes de Comer – Pós-Teste

Aplicando o Teste T, verificamos que esta variação foi significativa ($p=0,044$; $gl=40$; $t=-2,080$).

No que diz respeito ao momento **“depois de ir à casa de banho”**, a informação recolhida junto das crianças foi a traduzida nos gráficos das figuras 13 e 14.

No Pré-Teste 81,0% das crianças respondeu **“SIM”**, dizendo lavar as mãos depois de ir à casa de banho, aumentando esta percentagem para 97,6% no Pós-Teste. Em relação à resposta negativa – **“NÃO”** – esta foi referida por 16,7% das crianças no Pré-Teste, tendo diminuído para o mínimo de 2,4% no Pós-Teste. A alternativa sem resposta ainda registou uma percentagem de 2,4 % no Pré-Teste, acabando por se anular posteriormente.

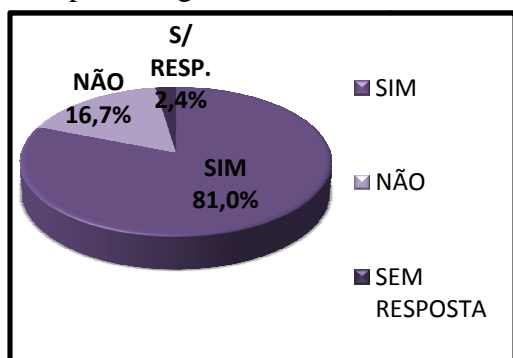


Figura 13 – Comportamento Lavar as Mãos Depois de Ir ao WC – Pré-Teste

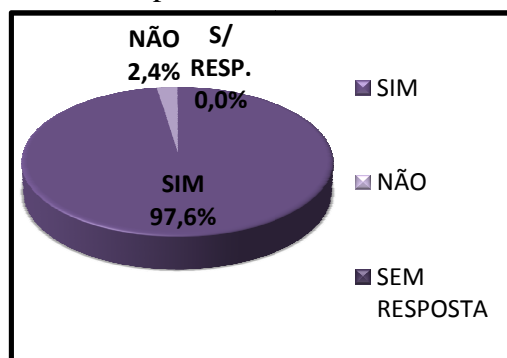


Figura 14 – Comportamento Lavar as Mãos Depois de Ir ao WC – Pós-Teste

O Teste T indica-nos que esta mudança no hábito de lavar as mãos depois de ir à casa de banho foi significativa ($p=0,032$; $gl=40$; $t=2,221$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Perante a época de mudanças da nossa sociedade e dos estilos de vida contemporâneos, com este estudo percebemos a importância, comprovada pelos resultados

que obtivemos, da promoção da saúde das crianças, que serão os adultos de amanhã. Derivando deste aspeto, realçamos o consenso em relação à importância do papel dos jardins-de-infância e escolas na promoção da saúde das crianças.

Assim, com este estudo, encontramos-nos perante aprendizagens das crianças que geram conhecimentos novos, modificando-se valores e exteriorizando-se em mudanças de atitudes/comportamentos. Esta ideia está presente em Carvalho e Carvalho (2006) ao afirmarem a importância das aprendizagens para mudanças de comportamento.

Neste sentido, afirmamos o papel dos educadores (ME, 1997), dotado de uma intencionalidade educativa crucial para promover a aquisição/mudança de conhecimentos, valores e atitudes das crianças.

Ao longo desta investigação e através da ação pedagógica, as crianças tiveram a oportunidade de se tornarem sujeitos activos de aprendizagem, na medida em que se procurou partir dos conhecimentos destes pequenos jovens (ME, 1997) para avançar na Promoção da sua Saúde. Tal terá contribuído para as alterações significativas que constatámos nos seus **conhecimentos**, mas provavelmente também nos seus **comportamentos**, embora só uma observação longitudinal no-lo pudesse confirmar.

Mais especificamente, em relação à descrição do conceito de “Saúde”, podemos afirmar que a ocorrência da intervenção pedagógica - sendo esta caracterizada por momentos de diálogo, entusiasmo e descoberta - permitiu atingir mudanças significativas, possibilitando que as crianças, na sua maioria, associassem a saúde a alguns aspectos necessários à vida, designadamente “*alimentação*”, “*higiene*”, “*descanso*” e “*exercício físico*”. Também algumas crianças associaram a ação de “*brincar*” a estes aspectos, englobando-a na descrição do conceito de saúde. Encontramos aqui elementos que, no mundo da criança, são essenciais para o seu bem-estar, o que nos permite estabelecer uma correspondência com o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde, que foca a atenção num efectivo bem-estar resultante do equilíbrio de factores – físico, mental e social (OMS, 1946; Costa, 1995). Tal reflecte a ideia de que as crianças começaram realmente a compreender o conceito de Saúde.

O mesmo acontece em relação à descrição do conceito de “Higiene”, revelando a intervenção novamente a sua eficácia, permitindo-se às crianças um espaço para pensarem sobre as palavras ou conceitos, começando a conhecer e compreender o seu significado. As crianças declararam, assim, um conhecimento mais alargado, expressando-o em respostas mais adequadas, começando a associar a Higiene com uma forma de limpeza e de saúde, o que foi notório nas respostas: “*para ficarmos limpos*” e “*para não ficarmos doentes*”.

Ao mesmo tempo, constatamos alterações significativas nos **comportamentos** das crianças, nomeadamente no que respeita à frequência e ao momento do comportamento “*tomar banho*”. Tais alterações foram comprovadas pelo aumento das respostas que englobam a frequência diária, indo ao encontro da intervenção pedagógica, onde se defendeu esta ideia em diversos momentos, sendo apoiada pelas crianças. Focando também a **frequência de lavagem das mãos**, é de realçar que os primeiros resultados obtidos através do Pré-Teste revelavam já uma grande maioria de crianças que afirmava “*lavar as mãos muitas vezes ao dia*”, passando esses resultados posteriormente para a totalidade das crianças. Embora não se tenha verificado uma diferença muito ampla entre as respostas, encontramos

alterações próximas do nível de significância definido. Sequencialmente, em relação aos **momentos de lavagem das mãos**, os valores atingidos já refletem diferenças com significado estatístico, destacando-se as opções “*antes de comer*” e “*depois de ir à casa de banho*”, sendo estas as respostas sobre as quais mais se incidiu no decorrer da ação pedagógica. Sendo estas as opções mais adoptadas pela sociedade, serão certamente aquelas que os pais, e mesmo as educadoras, atendendo às suas rotinas diárias, mais transmitem aos educandos. Estes, por sua vez, adoptarão as mesmas opções, transformando-as em hábitos, que se transmitem de geração em geração, no contexto familiar (Ramos, 2004) e no contexto educativo/pré-escolar (Mata & Almeida, 1989), contribuindo com extrema importância para o desenvolvimento da saúde da criança.

Encaramos portanto, a escola, à semelhança dos estudos de Rowling e Jeffreys (2000) dotada de um papel indispensável e fundamental, sendo como uma chave para promover a saúde. Possibilita pois, alterar conhecimentos, influenciar ou clarificar valores, mudar convicções e atitudes (Tones & Tilford, 1994).

Estas mudanças atingidas ao nível dos conhecimentos, valores e atitudes das crianças permitem-nos afirmar que programas/actividades nesta área “*são eficazes na educação do indivíduo*” (Luis *et al.*, 2009: 828).

A escola revela-se assim “*um espaço de convivência e intensas interações sociais, apresentando-se como um terreno fértil para (...) ações que envolvem a promoção da saúde*” (Moura *et al.*, 2007).

A Educação Pré-Escolar nos Jardins-de-Infância poderá ser, desta forma e à semelhança de todos os outros níveis de educação, um local por excelência para estas aprendizagens lúdicas, a nível de conhecimentos, valores e atitudes das crianças, pretendendo alcançar em complementaridade com o meio familiar, numa primeira instância, a saúde em geral e, numa última, uma vida futura com qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bagby, K. & Adams. S. (2007). Evidence-Based Practice Guideline: increasing physical activity in schools-kindergarten through 8th grade. *Journal of School Nursing*, volume 23, n. °3, 137-143.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2008) *Metodologia da Investigação – Guia para Auto-Aprendizagem* (2ª edição). Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. S. (2006) *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.
- Cohen, L., Manion L. & Morrison, K. (2008) *Research Methods in Education* (5ª edição). London and New York: Routledge.
- Costa, J. (1995) *Guia Prático da Saúde – O Que Todos Devem Saber*. Lisboa: Terramar.
- Delp, L., Brown, M. & Domenzain, A. (2005) Fostering Youth Leadership to Address Workplace and Community Environmental Health Issues: a University-School-Community Partnership. *Health Promotion Practice*, volume 6, n. ° 3, 270-285.
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (2005) *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

- Domitrovich, C., Cortes, R. & Greenberg, M. (2007). Improving Young Children's Social and Emotional Competence: a randomized trial of the preschool "paths" curriculum. *Journal of Primary Prevention*, volume 28, n.º 2, 67-91.
- Elliott, J. (1991) *Action Research for Education Change*. Open University Press.
- Freitas, C., Paz, M. & Faria, P. (2000) Escola Saudável para Crescer em Saúde, in J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. T. Vilaça, R. Henriques & T. Lacerda (orgs) *Educação para a Saúde* (2ª edição). Braga: Departamento de Metodologias da Educação, Universidade do Minho.
- Geiger, B. (1999). A Nutrition Relay Race for Preschool Health Education. *Journal of school Health*, volume 69, n.º 3.
- Gil, G. & Diniz, J. A. (2008) *A Promoção da Saúde na Educação de Infância: Elaboração de um Instrumento que Privilegia as Práticas dos Educadores*. I Congresso Internacional em Estudos da Criança – Infâncias Possíveis, Mundos Reais. Braga: Instituto de Estudos da Criança.
- Gil, G. & Diniz, J. A. (2009) Percepções dos Educadores de Infância Face às Suas Práticas de Educação para a Saúde: Construção e Validação de um Questionário, in J. Bonito (coord.) *Educação para a Saúde no Século XXI – Teorias, Modelos e Práticas*, volume II. Évora: Universidade de Évora.
- Hohmann, M. & Weikart, D. P. (2003) *Educar a Criança* (2ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lima, L. (1995) *Evaluating Caça-Cigarros: a review of member characteristics*. Leeds: Leeds Metropolitan University.
- Luis, H., Assunção, V., Morgado, I., Bernardo M., Martin, M., Leitão, J. & DeRouen, T. (2009) Programa de Educação para a Higiene Oral: Uma Experiência de Intervenção a Nível Individual e a Nível Comunitário, in J. Bonito (coord.) *Educação para a Saúde no Século XXI – Teorias, Modelos e Práticas*, volume II. Évora: Universidade de Évora.
- Mata, I. & Almeida, I. (1989) Creche Colectiva/ Creche Familiar e Desenvolvimento Infantil. *Análise Psicológica*, volume 7, n.º 1,2,3, 423-433.
- ME – Ministério da Educação (1997) *Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Moura, J., Lourinho, L., Valdês, M., Frota, M. & Catrib, A. (2007) Perspectiva da Epistemologia Histórica e a Escola Promotora de Saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, volume 14, n.º 2, 489-501.
- Nebot, M. (1999) Prevención del Tabaquismo en los Jóvenes, in J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, T. Vilaça, R. Henriques & T. Lacerda, (coord.) *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (1946) Constituição da Organização Mundial da Saúde, [Acesso: <http://www.fed.uep.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm> (10.11.2009)].
- OMS (2005) A Declaração de Liverpool: Promover a Saúde Oral no Século XXI. [Acesso: http://www.who.int/oral_health/events/orh_liverpool_declaration_05.pdf (20.04.2011)]
- Precioso, J. (2004) Educação para a Saúde na Escola – Um Direito que Urge Satisfazer. *O Professor*, n.º 85, III Série, 17-24.
- Pontanel, H. G. & Giudicelli, C. P. (1995) *Protecção da Saúde – Higiene e Meio Ambiente*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ramos, N. (2004) *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Rowling, L. & Jeffreys, V. (2000) Challenges in the Development and Monitoring of Health Promoting Schools. *Health Education Journal*, volume 100, n.º 3, 117-123.
- Shearer, N. & Reed, P. (2004) Empowerment: Reformulation of a Non-Rogerian Concept. *Nursing Science Quarterly*, volume 17, n.º 3, 253-259.

- Sigampa, J., Ferriani, M. & Nakano, A. (2005). Factores Protectores Frente al Consumo de Alcohol: concepción de maestros de nivel inicial. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, volume 13, 771-777.
- Sousa, A. B. (2005) *Investigação em Educação*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Tones, K. & Tilford, S. (1994) *Health Education. Effectiveness, Efficiency and Equity*. London: Chapman & Hall.
- Wiley, D. & Hendricks, C. (1998). Using Picture Identification for Research with Preschool Children. *Journal of School Health*, volume 68, 227-230.